



Den norske legeforening

her

Deres ref.: 18/3709

Vår ref.: CG/JE

Dato: 30.8.18

Høring - Veileder for helseeffekter i samfunnsøkonomisk analyse

Det vises til brev fra Legeforeningen datert 27. juni 2018. Norsk overlegeforening (Of) har behandlet høringen på sitt styremøte 30. august 2018 og har følgende innspill:

Som det presiseres i NOU 2012: 16, er det viktig at man bruker konsistente verdsettingsfaktorer for samme type virkninger på tvers av sektorer. Of anser at tallfesting av verdien av QALY basert på verdien av et statistisk liv (VSL) kan bidra til dette.

Of støtter ikke veilederens merknader om at nytte-kostnadsanalyser som hovedregel ikke skal anvendes for tiltak i helsesektoren, og anser at denne påstanden ikke er godt begrunnet. At produksjonseffekter ikke legges til grunn i analyser hvor ulike tiltak sammenlignes i helsesektoren, er begrunnet med uheldige fordelingseffekter innad i sektoren. Når det skal gjøres overordnede analyser, bør imidlertid produksjonseffekter vektlegges likt på tvers av sektorene.

Of deler heller ikke veilederens vurdering av at det er konsistens i verdsettingen av helse og liv mellom helsesektoren og øvrige sektorer. Tvert i mot viser tallgrunnlaget at tiltaksgrensen er vesentlig lavere i helsesektoren enn i andre sektorer. I helsesektoren er øvre tiltaksgrense for et QALY fastsatt til 825 000, mens beregningen av QALY basert på VSL er 1,3 til 1,5 millioner kroner for voksne.

Innledende betraktninger

Innledningsvis vil Of peke på at de samfunnsøkonomiske analysene som omtales i veilederen er beheftet med begrensninger av ulik art. I tillegg til metodeproblemer knyttet til presisjonsproblematikk og usikkerhet både knyttet til hvilke faktorer som skal hensynstas og størrelsesanslag, vil Of fremheve den særskilte problematikken som følger av forsøk på verdsetting av helse, menneskeliv og menneskeverd.

Anvendelse av QALY-metodikk for å beregne om helsetiltak er «regningssvarende» er beheftet med betydelig usikkerhet, i tillegg til at metodikken innebærer vanskelige etiske dilemmaer. Er det for eksempel rimelig å forlenge et enkelt menneskes liv, men unnlate å hjelpe en annen, fordi denne siste i utgangspunktet har lavere livskvalitet? Og er det rimelig å avgrense livsforlengende innsats til tiltak med lavere kostnad enn 750 kroner per kvalitetsjusterte dag (275 000 kroner/365 dager), for pasienter flest? For pasientgrupper med 10 prosent livskvalitet blir grenseverdien per dag så lav som 75 kroner. Er det da rimelig å treffe avgjørelser om tiltak for pasientgrupper basert på anslag av livskvalitet, som nødvendigvis vil være beheftet med betydelig usikkerhet.

Of vil også bemerke at QALY gir et verdi-anslag på liv i et volum-mål, men gir ingen verdifastsettelse av menneskeverdet, jfr. verdighetsbetraktningene knyttet til omsorgstiltak som omtalt av Magnussen-gruppen.¹ En rekke tiltak finner begrunnelse i verdighetsbetraktninger, men hvordan skal verdighet verdsettes eller avgrenses?

Etter Ofs syn er de metodologiske og etiske problemstillingene knyttet til forsøk på å anslå verdien av liv eller helseeffekter så betydelige at samfunnsøkonomiske analyser i all hovedsak bør anvendes som supplement til kvalitative analyser, og ikke omvendt. Of anser at de metodologiske svakhetene ikke er godt fremstilt, og at metodenes begrensninger er underkommunisert i utkastet til veileder.

Siktemål og avgrensninger av virkeområde

Til grunn for prioriteringsavveininger ligger et ønske om rettferdig fordeling av goder og byrder, jfr. følgende sitat fra Norheim-utvalgets rapport: «*Dette er samfunnskontrakten: Goder og byrder fordeles rettferdig (...) forutberegnelighet og likebehandling er sentrale prinsipper for en diskusjon av samfunnskontrakten i et rettferdighetsperspektiv.*»²

Etter Ofs syn bør goder, som positive helseeffekter eller risikoreduksjon, i hovedsak verdsettes likt i samfunnsøkonomiske analyser i ulike sektorer, med mindre det foreligger særskilt begrunnelse for å avvike fra en like-vurdering, som hensyn til verdighet. Det kan være hensiktsmessig å anvende like begreper og enheter i de ulike aktuelle metodene så langt det lar seg gjøre. Of oppfatter at siktemålet med endringene i veilederen er å bidra til større grad av konsistens ved å tilrettelegge for bruk av QALY i nytte- kostnadsanalyser i andre sektorer enn helsesektoren. Of støtter altså ambisjonen om å legge til rette for konsistent metodikk.

Det understrekes flere steder i forslaget at veilederen skal omhandle tiltak som har helsekonsekvenser for friske befolkningsgrupper, og at dette er tiltak som i stor grad beslutes og gjennomføres i andre samfunnssektorer enn helsesektoren. Formålet er å etablere en prisfastsettelse av helseeffekter som kan inngå i nytte- kostnadsanalyser. I veilederen skisseres det et tydelig skille mellom helsesektoren - hvor det i følge veilederen fortrinnsvis skal gjøres kostnads- og virkningsanalyser - og øvrige sektorer, hvor analysene oftere vil være nytte-kostnadsanalyser.

Of anser dette skillet som dårlig begrunnet, og har heller ikke funnet gode begrunnelser for å etablere et slikt skille i underliggende veiledere og dokumentasjon som veilederen henviser til.^{3 4} Anførlene fra Norheim-utvalget, som senere ble videreført i Stortingsmelding 34 (2015-2016), om at behandlingstiltak og andre tiltak rettet mot pasientgrupper skal analyseres i et «utvidet helsetjenesteperspektiv» og ikke i et samfunnsperspektiv, er begrunnet i at beregning av produksjonseffekter vil ha uheldige fordelingseffekter innad i helsesektoren, og ikke mellom sektorene.

Samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalyser anvendes i økende grad ved offentlige tiltak, og det bør etter Ofs syn utvikles tverrsektorielle metoder og konsistent rammeverk for å muliggjøre sammenligning og å unngå at enkelt-sektorer gis feil prioritet vurdert etter

¹ På ramme alvor, Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet oktober 2015, side 50

² NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten side 25-26

³ NOU 2012:16 Samfunnsøkonomiske analyser

⁴ Veileder i samfunnsøkonomiske analyser Direktoratet for økonomistyring 2014

samfunnsøkonomisk lønnsomhet. For å vurdere et tiltaks samfunnsøkonomiske lønnsomhet bør derfor metodikken være ensartet på tvers av sektorene så langt det lar seg gjennomføre. Det vil være relevant å vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet for tiltak eller grupper av tiltak i helsesektoren som i andre sektor, og produksjonseffekter må medberegnes for å gi et fullstendig bilde av samfunnsøkonomisk effekt.

Etter Ofs syn er det heller ikke vesentlige prinsipielle forskjeller på tiltak rettet mot risikoreduksjon i en frisk befolkning, som i samferdselssektoren, og en rekke tiltak i helsesektoren. Blant eksemplene som er direkte sammenlignbare kan nevnes screeningprogram og andre behandlingstiltak som medikamentell behandling av hypertensjon, hvor et stort antall symptomfrie undersøkes eller behandles for å forebygge sykdomsutvikling hos et mindretall. Mange tiltak i helsesektoren vil være rettet mot sykere pasienter, og vil være mindre direkte sammenlignbare med tiltak i andre sektorer, men tiltakene i helsesektoren utgjør et kontinuum fra det som er direkte sammenlignbart til de mindre sammenlignbare, og det er vanskelig å begrunne at det bør etableres en grense eller et skille.

Verdifastsettelse av QALY

Utkastet til veileder beregner et statistisk leveårs verdi (VOLY) og QALY med utgangspunkt i fastsettelsen av verdien til et statistisk liv (VSL) fastsatt i 2012. Det legges til grunn at ulykker i gjennomsnitt medfører tap av 37 kvalitetsjusterte leveår. I veilederen drøftes usikkerhet knyttet til beregningen. Det medgis at anslaget er basert på tilnærminger beheftet med usikkerhet, men argumenteres med at verdsetting ikke bør vente til all usikkerhet er ryddet bort, og at en fastsettelse av verdi på helseeffekter på tvers av ulike sektorer har en selvstendig betydning.

Of deler vurderingene som gjøres i veiledningen, og vil vise til innledende anførsler knyttet til presisjonsnivået ved denne type analyser. Også anslaget for VSL for voksne og barn er basert på tilnærminger med betydelig usikkerhet, jfr. anmerkninger om at betalingsvillighet kan avhenge både av problemstilling, spørsmålsstilling og berørt sektor. En beregning av QALY basert på VSL bringer etter Ofs syn ikke vesentlig ny usikkerhet.

Konsistens i verdsetting av liv og helse i ulike sektorer

I utkastet til veileder er det inntatt et kapittel hvor verdsettingen av liv og helse i ulike sektorer gjennomgås. Etter Ofs syn har dette kapittelet begrenset relevans i en veileder, og tilnærmingene og vurderingene som gjøres er svakt fundert, og delvis feilaktige:

- Det er betydelig usikkerhet knyttet til reell alternativ-kostnad i norsk helsetjeneste, og det er ikke lagt fram tall for alternativ-kostnad i øvrige sektorer. En sammenligning av verdsettingen i ulike sektorer bør baseres på sammenlignbare anslag, som betalingsvillighet, eller alternativkostnad. Ved sammenligning mellom anslag for alternativkostnad i helsesektoren og VSL basert på betalingsvillighet sammenlignes ulike størrelser. Of vil i denne sammenheng også bemerke at anslagene for alternativkostnad i helsesektoren er basert på én enkelt studie⁵, som har blitt møtt med betydelig kritikk både for metodikk og presisjonsnivå⁶. Anslaget avviker også i vesentlig grad fra anslag i andre

⁵ Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., Devlin, N., Smith, P.C. and Sculpher, M. (2013) *Methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold*. CHE Research Paper 81. Revised report following referees' comments. York: Centre for Health Economics, University of York.

⁶ Barnsley P., Towse A., Schaffer K., Sussex J. Critique of CHE Research Paper 81: *Methods for the Estimation of the NICE Cost Effectiveness Threshold* Office of Health Economics December 2013.

publikasjoner, og anslag tidligere publisert av Helsedirektoratet, for eksempel forrige versjon av veilederen.⁷ Både Norheim-utvalget og Magnussen-utvalget understreket at det snarest bør etableres anslag for alternativ-kostnad i Norge basert på egne analyser (se blant annet På ramme alvor side 4,46 og 48, og Åpent og rettferdig side 127: «Disse forskjellene understreker behovet for at det snarest settes i gang et arbeid med å finne et bedre estimat for den norske helsetjenesten, det vil et estimat for hva som er gjennomsnittlig kostnad per gode leveår vunnet i den norske helsetjenesten ved marginale endringer i helsebudsjettet.»).

- Det konkluderes med at verdsettingen i helsesektoren er sammenlignbar med verdsettingen i øvrige sektorer. Dette er basert på to avgjørende forutsetninger, at Magnussen-gruppens trappeinndeling skal videreføres til høyere kostnadsgrense ved høyere alvorlighet, og at prinsippene for ulik tiltaksgrense ved ulik grad av alvorlighet også skal omfatte tiltak i andre sektorer enn helsesektoren. Forutsetningene har ikke annen støtte enn at veilederen velger å legge disse til grunn. Hverken Norheim-utvalgets eller Magnussen-gruppens rapport og forslag til inndeling, gir støtte for en tolkning av høyere grense ved høyere alvorlighet.
- Hvis en legger til grunn de faktiske helsetapsklassene sine grenseverdier, viser sammenligningen at helsesektoren i realiteten opererer med lavere grense for nye tiltak enn grenser basert på VSL som anvendes i andre sektorer, og bekrefter at helsesektoren verdsetter helseeffekter lavere enn andre sektorer.

Oppsummering

Of mener det er hensiktsmessig å anvende konsistent metodikk i beregningen av helseeffekter i ulike sektorer. Det fremlagte forslaget til fastsettelse av QALY synes godt begrunnet, og samstemmer med tidligere anslag, og med anslag gjort med utgangspunkt i BNP per capita. Til tross for et vanskelig sammenligningsgrunnlag, viser gjennomgangen forøvrig at det ikke er godt samsvar mellom verdifastsettingen av QALY i helsetjenesten og verdisseting i andre sektorer, tvert i mot er verdifastsettelsen vesentlig lavere i helsesektoren. Manglende konsistens bidrar til å svekke legitimiteten til anvendelse av økonomiske analyser som del av beslutningsgrunnlaget for prioritering av tiltak som har helsekonsekvenser. Det gjelder enten tiltaket skal besluttes/ gjennomføres i helsesektoren eller i andre samfunnssektorer.

Of tilrår at det snarest igangsettes et arbeid med mål om å fastsette alternativkostnad i norsk helsevesen, i tråd med anbefalingene gitt av både Norheim-utvalget og Magnussen-utvalget.

Med vennlig hilsen
Norsk overlegeforening

Jon Helle (sign.)
leder

⁷ IS 1435 Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser Helsedirektoratet 2007